



DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 2021-2022

Bonjour et bienvenue chez Les Aigles !

Afin de participer aux entraînements et aux rencontres vous devez fournir au club un dossier de demande de licence **COMPLET**. Vous avez au maximum deux entraînements d'essai pour prendre votre décision. Pour ces deux entraînements, c'est votre assurance qui sera utilisée si besoin. L'assurance du club ne pourra être prise en compte.

BULLETIN D'ADHÉSION

L'athlète (Nom et Prénom) désire adhérer à l'association des Aigles dans la section

Je m'engage donc à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie **et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur que j'accepte sans réserve** (disponible sur notre site internet). Je me réserve le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 06 janvier 1978.

La signature du dossier licence constitue une autorisation pour faire appel aux services d'urgences qui prendront les mesures qui s'imposent en termes d'hospitalisation ou d'intervention.

Votre signature vaut également autorisation pour le droit à l'image, cela autorise, l'association des Aigles, à me photographier, filmer, enregistrer, interviewer, ... dans le strict cadre des activités sportives et manifestations des Aigles, puis à les produire et diffuser sur des supports de communication (affiches, site web, vidéos promotionnelles, réseaux sociaux, presse...). Je suis informé(e) que cette prestation et déclaration ne peuvent donner lieu à aucune rémunération. Cette autorisation est donnée pour une durée d'une année à compter de la signature de la présente.

Date :

Signature de l'athlète :

ET

Date :

Signature du responsable légal :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Informations concernant le/la licencié(e)

Nom: Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone du licencié :
Mail du licencié (obligatoire) :
Profession ou études en cours :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom	Nom Prénom
Lien de Parenté.....	Lien de Parenté.....
Téléphone.....	Téléphone
Adresse mail	Adresse mail
Profession	Profession

FICHE MÉDICALE

Mentions particulières (allergie, maladie, prise de médicaments, antécédents traumatiques, traitement médical, ect...) :

.....
.....

VISITE MÉDICALE

Le certificat médical n'est à fournir qu'en cas de 1^{ère} licence pour les personnes majeures, ou si vous avez répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé QS-Sport CERFA 15699*01, ou si votre dernier certificat médical date de plus de 3 ans.

La visite médicale doit obligatoirement être effectuée par un médecin du sport en cas de surclassement et pour les catégories Football Américain, Flag et Cheerleading. Dans tous les autres cas, la visite médicale peut être faite par un médecin généraliste.

Les mineurs ne sont pas tenus d'apporter un certificat médical même en cas de première licence, le questionnaire est suffisant si toutes les cases sont cochées non.

Nous vous invitons à adhérer au contrat « SportMut » si vous ne possédez pas, par ailleurs, d'un contrat de prévoyance adapté via le formulaire joint.

DÉCLARATION D'USAGE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

L'utilisation de certains médicaments nécessite, dans le cadre de la lutte contre le dopage, d'être déclaré ou autorisé, selon le cas. Tous les renseignements sont indiqués sur le site de l'agence française de la lutte anti dopage (AFLD) <https://www.afdl.fr/>.

SPONSORING

Les forces vives d'un club sont les joueurs, les entraîneurs, les bénévoles et les partenaires.

Ces derniers sont indispensables pour soutenir la politique de développement du club et améliorer les conditions d'entraînement et de match des joueurs.

Vous connaissez forcément un chef d'entreprise (peut-être vous-même êtes entrepreneur) qui se passionne pour le sport ou qui souhaite s'engager dans la vie associative de sa région. Sollicitez-le pour apporter un soutien financier au club des Aigles.

Pour plus d'information, contactez Xavier ANDRE par mail, partenariat@les-aigles.com

SOUTENEZ VOTRE CLUB

Afin d'inciter les adhérents à aider au développement du club et sans les pénalisés en terme financier, nous mettons en place cette année un système de crédit d'achat valable sur la prochaine commande de merchandising.

Pour toute action menée pour le club des points vous seront attribués.

Chaque point équivaut à 10 euros de crédit d'achat, dans la limite de 50 euros par adhérent.

Points/action AIGLES CHAMBERY	
Chaîner / Être ramasseur de balles sur un match	1
Juger lors d'une compétition cheer	1
Arbitrer lors d'un match	1
Faire la buvette / l'entrée lors d'un match / amener de la nourriture pour la buvette	1
Effectuer une tâche administrative (design affiche flyers, faire des courses, aller chercher des documents etc)	1
Être bénévole lors d'un évènement (loto, gaillard ...) sur 1/2 journée	1
Être présent lors d'un stand de recrutement / d'initiation sur 1/2 journée	1
Faire la vidéo lors d'un match	1
Faire les statistiques lors d'un match	1
Faire le speaker lors d'un match	1
Effectuer le transport des jeunes ou des cheerleaders pour une rencontre	2
Action	Nombre points

La plus petite des actions vaut plus cher que la plus grande des intentions.

TARIFS ANNÉE 2021-2022

SECTIONS	ANNÉE DE NAISSANCE	TARIFS	SECTIONS	ANNÉE DE NAISSANCE	TARIFS
Minime - U14 Surclassé Cadet – U16	2008 2007 - 2006	170 €	Compétition cheerleading	2011 et avant	170 €
Junior - U19	2005 à 2003	190 €			
Senior	2002 et avant	250 €	Flag	2005 et avant	140 €
Bénévole		15 €	Double licence flag	2004 et avant	50 €
Non-joueurs (coachs, arbitres, bureau...)		40 €	Flag jeunes	2011 - 2014	30 €

TYPE DE PAIEMENT

Nous vous rappelons qu'aucune somme ne sera rendue en cas d'abandon du licencié ou de tout évènement imprévu (sauf précision du club).

- Virement bancaire (RIB en annexe) En 4 fois jusqu'à décembre 2020
- Chèque bancaire En 4 fois jusqu'à décembre 2020
- Chèques vacances et/ou chèques Sport **(+2,5% de frais de dossier)**
- Carte Pass Région (**Chèque Caution de 30 € Obligatoire**) N° carte :

LOCATION TENUE CHEERLEADING

TOUTES SECTIONS – TENUE CHEER	Un chèque de caution (non encaissé) de 200€
-------------------------------	---

LOCATION D'ÉQUIPEMENT FOOTBALL AMERICAIN

Location Tenue de match :

SECTION SENIOR – TENUE FOOTBALL AMERICAIN	Un chèque de caution (non encaissé) de 250€
---	---

Location équipement individuel :

SECTIONS	1 ^{ère} année		2 nd e année		3 ^{ème} année et les suivantes	
	Casque	Epaulière	Casque	Epaulière	Casque	Epaulière
U14 - U16 - U19	30 €	30 €	40 €	40 €	50 €	50 €
SENIORS	30 €	30 €	50€/an pour casque et 50€/an pour épaulières			
Toutes Sections	Un chèque de caution (non encaissé) de 150€ par équipement (150€ casque +150€ épaulière) soit 300€ pour casque et épaulière.					

Matériel(s) loué(s) : Casque Épaulière

Le club des Aigles loue tout équipement dans la limite de ses stocks disponibles.

Le chèque devra être à l'ordre « Les Aigles » et remis en même temps que le dossier licence.

Le non-respect d'une ou plusieurs de ces règles entraînera l'encaissement de tout ou partie du montant de la caution.

Nom et prénoms (Nom et prénom du responsable légal pour les mineurs) :

Le :

**Signature du licencié ou du représentant légal
Précédée de la mention « lu et approuvé »**

AGRAFEZ VOTRE (VOS) CHEQUES DE CAUTION ICI

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2021-2022 au sein de l'association

sportive :

Fait à le / /

Signature :

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le
(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation

médicale pour la saison 2021-2022 au sein de l'association sportive :

Fait à le / /

Signature :

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71
www.ffa.org - ffa@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - ffa@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

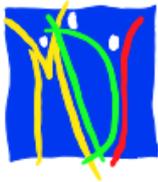
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés
de la Fédération Française de Football Américain

DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours le licencié)

M. Mme Melle Nom : Prénom :
 Nom de Jeune Fille : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Profession (nature exacte) :
 Téléphones : fixe mobile
 Email :
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit :

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60^{ème} anniversaire

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions :

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix :					_ _ _ _ , _ _ _ _ € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à le

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
 Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le Numéro siren n° 422 801 910
 2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86 - 📠 : 01 53 04 86 87

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.
Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

La période de franchise n'est pas indemnisée. La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 ^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 ^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

MERCI !



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

CA DES SAVOIE 05/08/2019
CHAMBERY BISSY 00853
Tel. 0479446050 Fax. 0479969954

Intitulé du Compte : ASSOC. LES AIGLES FOOTBALL
AMERICAIN ET FLAG FOOTBALL

32 CHEMIN DE SAINT SIMOND

73100 AIX LES BAINS

DOMICILIATION

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18106	00810	85331171050	03

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1810 6008 1085 3311 7105 003

Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift:

AGRIFRPP881